Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Kilka uwag w sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego i nadmiernéj jego kwaśności.

podali

Dr. W. Antoni Gluziński i Dr. W. Jaworski
Docenci Uniw. Jagiell.

Niezaprzeczenie w ostatnich czasach uczyniono znaczny postęp w rozpoznawaniu zmian chorobowych żołądka, gdy zamiast opierać się li tylko na przypadach podmiotowych, dzięki metodom użytym wglądnąć można bliżej w funkcyje tak chemiczne jak i mechaniczne żołądka.

Pracując nad tym przedmiotem od lat kilku podaliśmy wyniki swoich badań dotychczasowych tak w naszych czasopismach jak i zagranicznych. Obecnie chcemy bliżéj dotknąć jednéj tylko sprawy, co do któréj częściowe przynajmniéj prawo pierwszeństwa zastrzedz sobie musimy.

Do niedawnego czasu jako najczęstsze i jedyne prawie zboczenie w chemizmie żołądka uważano brak kw. solnego i pepsyny i jeszcze Leube *(Deut. Arch. f. klin. Med.* t. 33) podając swój sposób badania funkcyj żołądka wodą lodową twierdził, że sok żołądkowy w największéj liczbie przypadków

chorób żołądka nie zawiera kwasu solnego i pepsyny (*„ist Säure und Pepsin frei“*). Pierwszym, który zwrócił uwagę na nadmierne wydzielanie soku żołądkowego kwaśnego, był Reichman z Warszawy, który w 1882 r. (*Gazeta Lekarska* Nr. 26 i *Berl. kl. Woch.* Nr. 40) ogłosił przypadek „chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego“ a w r. 1883 (*Gazeta Lekarska* 1883 Nr. 44 i *Berl. klin. Woch.* 1884 Nr. 2) drugi podobny przypadek. Lubo w ten sposób należy się przyznać Reichmanowi bezsprzecznie prawo pierwszeństwa pod względem stwierdzenia nieznanego dotąd szczegółu, że w żołądku czczym znajdować się może sok zawierający kwas solny, to jednak opisane dwa przypadki są tylko opisami kazuistycznemi, z których autor nie mógł jeszcze wysnuć ogólniejszego prawidła i odgadnąć znaczenia klinicznego nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, zamożnego w kwas solny. Autor ten ograniczył się bowiem tylko do przypuszczenia, że zboczenie to przydarza się dosyć często. Nasze zdanie w tym kierunku wypowiedzieliśmy już w r. 1884 (Przegląd Lek. Nr. 16, 17 i 18) omawiając metodę Leubego. Już wtedy przypuszczaliśmy na podstawie naszych przypadków, że w niektórych nie brak kwasu solnego, ale nadmierne jego wydzielanie jest przyczyną zboczeń chorobowych. Wśród dalszej pracy, a mianowicie wśród badań nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich, przypuszczenie nasze zamieniło się w pewnik i sprawę całą przedstawiliśmy już w czerwcu 1884 r. na Zjeździe lekarzy polskich w Poznaniu (Dziennik IV Zjazdu lek. i przyrod. w Poznaniu i *Gaz. Lek.* 1874 Nr. 37 str. 712). Opierając się na dokładnéj obserwacyi i badaniu 10 przypadków, wypowiedzieliśmy zdanie, że nadmierna ilość HCl jest zboczeniem chorobowém, że przypadki o téj właściwości soku żołądkowego stanowią osobną grupę przypadków „z nadmierném wydzielaniem kwasu solnego“ i bliższe szczegóły naszego pod tym względem zapatrywania już wtedy podaliśmy. Uważaliśmy to jako pewnik, jako rzecz nierzadką, jeżeli wtedy na 33 dokładniéj badanych przypadków w 10ciu podobne znaleźliśmy zachowanie się soku żołądkowego.

Później dopiero pojawiły się pojedyńcze kazuistyczne przypadki i tak Sahli ogłosił jeden przypadek (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte* 1885), Schütz jeden (*Prager med. Woch.* 1885), Velden (*Sammlung klin. Vorträge von Volkmann* Nr. 280) opisał trzy podobne przypadki, a Riegel (*Münch. med. Woch.* 1885) dwa przypadki. Wszyscy ci autorowie opisując swoje poszczególne przypadki nie wspominają wcale o pracy naszéj, w któréj mieli już 10 podobnych przypadków podanych, i z któréj byliby się mogli przekonać, że nadmierne wydzielanie soku żołądkowego nie jest rzeczą tak rzadką. Zapewne nieznajomość języka polskiego, w którym prace nasze były ogłoszone, nie pozwoliła im z nich korzystać. Wprawdzie w styczniu 1885 r. przesłaliśmy pracę naszą po niemiecku do *Zeitschr. f. klin. Med.*, tam jednak zbiegiem okoliczności wyleżała się przeszło 1½ roku, nim ujrzała światło dzienne w maju 1886 r. w t. XI w zeszycie 1 i 2 w towarzystwie pracy Riegla pt. „*Beiträge zur Lehre von den Störungen der Saftsecretion des Magens*“, w któréj do dwóch poprzednio ogłoszonych dodaje Riegel jeszcze dwa przypadki.—W pracy téj Riegla znajdujemy ustęp tak opiewający: „*Wenn auch viel seltener vorkommend als die acuten Formen, so sind doch die Fälle chronischer Hypersecretion des Magensaftes von grosser klinischer Bedeutung. Bis jetzt liegen nur 6 genauer beschriebene Fälle dieser Erkrankungsform vor, das sind die beiden Fälle Reichmanns und meine vier Fälle*“. W następnym zeszycie *Zeitschr. f. klin. Med.* (t. XI, zeszyt 2 i 3) w najnowszéj swéj pracy „*Beiträge zur Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten*“ na str. 196 powtarza Riegel to samo zdanie, jakie wyżéj przytoczyliśmy. Zapewne ta ostatnia praca Riegla już przed wydrukowaniem naszéj pracy była złożona w tece redakcyjnéj. Czego jednak zupełnie nie pojmujemy, to pominięcie pracy naszéj przez p. Strickera, który w artykule swoim „*über Hypersection und Hyperaciditât des Magensaftes*“ (*Münch. med. Woch.* 1886), opiera się również na 2 przypadkach Reichmanna, 4 przypadkach Riegla i swoich dwóch,

a opuszcza nasze spostrzeżenia, ogłoszone w têm samêm piśmie, w tym samym zeszycie, co przypadki Riegla, tylko o kilkanaście kartek dalêj. Jak to rozumieć?

Mamy więc wszelką podstawę do zastrzeżenia dla siebie prawa pierwszeństwa dokładnego przedstawienia têj sprawy w szerszych rozmiarach, bo po dwóch przypadkach Reichmanna my pierwsi jeszcze w r. 1884 10 przypadków opisaliśmy. Nie to tylko skłania nas jednak do obecnego wystąpienia. Rozporządzając większym materyjałem własnym, aniżeli Riegel mógł zebrać z całêj literatury, chcemy tę sprawę z naszego punktu widzenia przedstawić.

Liczba naszych przypadków wraz z 12, które w ostatniêj naszêj pracy podaliśmy, wynosi obecnie 27. Opisywać każdy z osobna nie uważamy za właściwe. We wszystkich przypadkach w żołądkach na czczo będących znajdowaliśmy treść, która miała wszystkie własności soku żołądkowego, mimo, że chorzy od wieczerzy, a nieraz dłużêj, żadnych pokarmów nie przyjmowali, że w wyciągniętêj treści ani resztek pokarmów, ani produktów trawienia nie znajdowaliśmy, że nieraz szczególnie poprzednio przepłukiwaliśmy wieczorem żołądek. Jednêm słowem w przypadkach tych stwierdziliśmy wydzielanie soku żołądkowego nawet wtedy, gdy od dłuższego czasu nie było w żołądku pokarmów, gdy więc trawienie było skończone. Badając dalêj naszą metodą (białkiem), stwierdziliśmy w tych przypadkach z jednêj strony, że podczas samego aktu trawienia wydziela się również nadmierna ilość soku żołądkowego, względnie sok o wysokim stopniu kwasoty, pochodzącêj od HCl, z drugiêj, że trawienie niejednakowo odbywa się we wszystkich tych przypadkach, w skutek czego nie dają się one ustawić obok siebie, ale cała ta postać chorobowa musi mieć swoje podziały.

Na podstawie poprzednio 12 opisanych przypadków, odróżniliśmy 3 grupy, dalsze 15 przypadków podział ten jeszcze bardziêj usprawiedliwiły.

Grupy te są: *a*) zwykłe nadmierne wydzielanie się soku żołądkowego; *b)* nadmierne wydzielanie soku żołądkowego

połączone z niedomogą mechaniczną żołądka; *c*) kwaśny nieżyt żołądka.

Dwie cechy są wspólne wszystkim tym grupom, tj. obecność bardzo często soku żołądkowego na czczo, i wzmożony chemizm podczas aktu trawienia, odznaczający się wysoką kwaśnością wyciągniętéj treści, pochodzącą od HCl i obfitą ilością produktów trawienia. Natomiast przypadki te różnią się czasem ukończenia trawienia, i wejrzeniem wyciągniętéj treści.

Do grupy Iszéj zaliczyliśmy przypadki z prawidłowym mechanizmem, tj. w których kawałków spożytego białka nic znajdowaliśmy w wyciągniętéj treści już po 5—6 kwadransach. Wyciągnięta treść była wodojasną, bez żadnych morfotycznych części. — Podobnie zachowywała się treść wyciągnięta w 7 godzin po zjedzeniu rosołu, beafsteka i chleba (sposób Leubego), okazując mimo ukończenia trawienia dość znaczny stopień kwaśności, pochodzący od HCl.

Grupa IIga obejmuje przypadki różniące się od poprzednich tylko upośledzeniem funkcyi mechanicznéj żołądka, gdzie kawałki białka pozostawały dłużéj np. 8 i więcéj kwadransów. Rosół, beafsteak i chleb trawiły zwykle w swoim czasie, pozostawiając tylko wysoką kwasotę (zob. nasz artykuł „*Untersuchungen über Leube's Beafsteaksmethode*“, *Zeit. f. klin. Med.* t. XI, zeszyt 2 i 3, str. 291).

Najwybitniejsze zmiany stwierdziliśmy w grupie IIIciéj. Chorzy tu należący już wejrzeniem samém zdradzali cięższe zboczenie i przedstawiali obraz, jaki dotychczas zwykliśmy nazywać katarem żołądka. Cechy téj grupy są następujące: Żołądek czczy zawiera znaczniejszą ilość treści o własnościach soku żołądkowego. Podczas trawienia kwasota od HCl pochodząca, jest większą niż w poprzednich grupach, utrzymuje się długo, a tak wprowadzone pokarmy jak i produkta trawienia zatrzymują się w żołądku bardzo długo. Charakterystycznym objawem dla téj grupy jest obecność śluzu w większéj ilości, żółci i zachowanie téj ostatniéj w wyciągniętéj treści. Powołując się na szersze przedstawienie téj

sprawy w pracy naszéj poprzedniéj (*Zeitschr. f. klin. Med.* t. XI), przytaczamy tu, że zabarwione żółcią strzępy śluzowe w wyciągniętéj treści, któréj przesącz okazuje się bezbarwnym, świadczą o wysokiéj kwasocie cieczy nawet na czczo wyciągniętéj i o upośledzeniu funkcyi mechanicznéj żołądka i stanowią cechę charakterystyczną dla naszéj grupy IIIciéj.

Przypadki tu należące badaliśmy niektóre beafsteakiem i możemy stanowczo powiedzieć, że wejrzenie wyciągniętéj treści po 7 godzinach nie jest zawsze tak charakterystyczne, jak to chce Riegel, który rzecz tak przedstawia: „*Besonders charakteristisch ist das Aussehen des Filterrückstandes. Man sieht in demselben zahlreiche grobe Amylaceenreste, Brodbröckel und dergleichen, während von Fleischfasern nichts mehr zu erkennen ist*". Że nieraz tak jest, nie ulega wątpliwości, w przypadkach jednak grupy IIIciéj opóźnienie trawienia odnosi się dość często tak do istot skrobiowatych jak i białkowatych, i nieraz nawet po 8 godzinach od spożycia beafsteaku wyciągaliśmy kawałki niestrawione mięsa. Dokładniéj o tém przekonaliśmy się naszą metodą (białkiem jaja), któréj zawdzięczamy cały szereg spostrzeżeń. Kawałki białka znajdowaliśmy zwykle nawet po kilkunastu kwadransach od spożycia. Już w r. 1884 (l. c.) staraliśmy się podać tłumaczenie tego zadziwiającego faktu, że w obec obfitéj ilości dzielnego soku żołądkowego przecież trawienie istot białkowatych jest nieraz upośledzoném. Punktem wyjścia było dla nas spostrzeżenie, że w żołądkach z dużą kwaśnością od HCl pochodzącą, odmiennie, jakeśmy to mieli sposobność przekonać się w obec żołądków fizyjologicznych, bardzo często przychodzi do większego nagromadzenia produktów trawienia. Przyczynę tego odnosimy tak do upośledzonéj funkcyi mechanicznéj żołądka, jak i siły wchłaniania. Że zaś nadmierne nagromadzenie produktów trawienia w cieczy trawiącéj i za wielka zawartość HCl są niekorzystne dla dalszego trawienia istot białkowatych, dowodem tego spostrzeżenia Schwana, Brückego itd., tak

że upośledzone wydalanie, wchłanianie i nagromadzenie w skutek tego produktów trawienia z jednéj strony, nadmierna kwasota z drugiéj strony, są może w stanie w tych przypadkach sprawić to opóźnienie trawienia istot białkowatych.

Jakim zmianom anatomicznym odpowiadają te zboczenia, nie kusimy się rozstrzygnąć. Grupę III tylko z powodu wykazywania w niéj znacznéj ilości śluzu nazwaliśmy „kwaśnym nieżytem żołądka“, przypuszczając nadto, że i błona mięsna musiała uledz pewnym zmianom, czém tłumaczyliśmy sobie późne wydalanie pokarmów i tę okoliczność, że w cięższych postaciach stwierdziliśmy rozstrzeń żołądka. Rozstrzeni téj nie uważamy za następstwo nadmiernego wydalania soku żołądkowego, jak to chce Riegel (*Zeitschrift für klin. Med.* t. XI, z. 2 i 3) mówiąc: *demnach würde als eine der, wenn auch selteneren, Ursachen der Ectasie, die chronische Hypersecretion des Magens zu bezeichnen sein*; lecz jako objawy jednéj i téj saméj sprawy chorobowéj. Sprawa ta z początku zajmując błonę śluzową, daje tylko powód do nadmiernego wydzielania soku żołądkowego, bez możności wykazania rozstrzeni i opóźnienia wydalania pokarmów (dowodem tego nasza 1sza grupa i 2 przypadki Reichmanna, niejako pierwszy okres choroby), a następnie sprowadzając stopniowo zmiany głębsze z coraz większém zajęciem błony śluzowéj i osłabieniem błony mięsnéj, które objawiają się i późném wydalaniem i dającą się nieraz stwierdzić rozstrzenią (2 i 3 okres) (dowodem tego nasza grupa II i III). Że zmianom tym chorobowym odpowiadać mogą pewne zboczenia anatomiczne, wykazuje również kilka przypadków rozstrzeni żołądkowéj znacznego stopnia, latami trwającéj i w skutek zwężenia odźwiernika powstałéj, w których znaleźliśmy podobne zachowanie się soku żołądkowego. Przypadki te ostatnie służą również za dowód poprzedniego naszego twierdzenia, że trawienie istot białkowatych może być mimo dzielnego soku upośledzone, gdyż (szczególnie w 2 przypadkach) mimo znacznéj ilości kwasu solnego i mimo, że sztuczne trawienie odbywało się rączo, jeszcze jednak na drugi dzień znaj-

dowaliśmy w żołądku kawałki mięsa, a kawałki spożytego białka nawet po 5—6 godzinach. Przyczyną tego była nadmierna kwaśność cieczy i nagromadzenie się produktów trawienia, w skutek znacznego upośledzenia funkcyi mechanicznéj żołądka przez zwężenie odźwiernika i zniesienie prawie zupełne wchłaniania, w przypadkach tych bowiem mimo podawania NaCl w moczu chlorków wykazać nie było można a wprowadzony do żołądka KJ dopiero po długim czasie i tylko w śladach okazywał się w moczu [1]).

Z objawów podmiotowych przedewszystkiém podnieść musimy silne bóle, które najczęściéj napadowo występują najwybitniéj w grupie IIIéj. Najczęściéj stwierdzamy je po jedzeniu, dość często występują w nocy odbierając sen choremu, a dla złagodzenia ich nieraz do wstrzykiwań podskórnych morfinu uciekać się musieliśmy. Podobnie jak Riegel i my przypisywaliśmy te bóle drażnieniu przez nadmiernie się wydzielający HCl a może i przez nagromadzone produkty trawienia. Łagodziły się one znacznie przez wypłukanie żołądka, niekiedy przez podanie pokarmów, których chorzy sami się domagali, twierdząc, że im to sprawia ulgę, lub podanie większéj ilości napojów, które zdaje się przez rozcieńczenie treści żołądkowéj korzystnie działały. Sama natura zresztą stara się w ten ostatni sposób zapobiedz bólom, sprowadzając u chorych dotkniętych tém cierpieniem dość znaczne pragnienie. Wreszcie należy dodać, że chorzy ci często cierpią na zgagę, uczucie palenia, bolesności przy obmacywaniu okolicy żołądka.

---

[1]) Nadmienić jeszcze musimy, że oprócz 27 przypadków, na których się opieramy, znajdowaliśmy przypadki, w których wprawdzie na czczo nie było soku żołądkowego, ale które za to odznaczały się wysokim stopniem kwasoty, pochodzącéj od HCl. Sąto więc przypadki nie ciągłego wydzielania soku żołądkowego, ale soku o wysokiéj (nadmiernéj) zawartości HCl. Ze względu klinicznego postawić je można na równi z poprzedniemi.

Ze względu na etyjologiję tych przypadków podnieść musimy tę okoliczność, że znaczną ich liczbę, bo 16 na 27 przypadków, spotkaliśmy u ludności wyznania mojżeszowego, u któréj już w stanach fizyjologicznych, jakeśmy to podnieśli dawniéj, stwierdzamy wygórowany chemizm trawienia (sok żołądkowy o wysokiéj zawartości HCl), zapewne z powodu częstego wprowadzania do żołądka istot drażniących, jak czosnku, cebuli, śledzi itd. Część ta ludności naszéj, w skutek tego nieodpowiedniego żywienia się, dostarcza największéj liczby przypadków zboczeń przewodu pokarmowego i téj okoliczności zawdzięczamy zapewne stosunkowo dość bogaty materyjał postaci chorobowéj, dopiero co opisanéj.

W leczeniu przypadków grupy IIéj, a szczególnie IIIéj dobre usługi oddawało nam przepłukiwanie żołądka letnią wodą destylowaną, w razie stwierdzenia komórek czwórniaka (*sarcina*) lub drożdży, rozczynem kwasu salicylowego lub borowego. Przepłukiwanie nadmanganianem potasowym (*kali hypermang.*), jak niemniéj wewnętrzne podawanie środków ściągających np. *zinc. sulf.* okazało się nieodpowiednie, środki te bowiem podnoszą jeszcze kwasotę. Dla zmniejszenia téj ostatniéj podawaliśmy z dobrym skutkiem wodę karlsbadzką lub rozczyn soli karlsbadzkiéj (*Quellsalz*), najczęściéj w formie przepłukiwań. Po 3—4 tygodniach udawało się nam zmniejszyć znacznie stopień kwaśności, a względnie ilość wydzielanego soku żołądkowego. Najuporczywszą zmianą jest upośledzenie funkcyi mechanicznéj żołądka, świadczące o jakiejś stalszéj zmianie w błonie mięsnéj, która mimo obniżenia stopnia kwaśności pozostawała niezmienną i zaledwie w kilku przypadkach udało się nam sprowadzić szybsze wydalanie pokarmów.

Dla złagodzenia podmiotowych uczuć podawaliśmy skutecznie środki kojące wewnętrznie lub podskórnie.

Dyjetę stosowaliśmy prawie wyłącznie mięsną, w znaczniejszych odstępach czasu; w jednym jednak przypadku, nie mogąc pokonać wstrętu pacyjenta do potraw mięsnych, spożycie których wywoływało silne bóle, zastosowaliśmy dyjetę skrobiowatą z dobrym skutkiem. Byłoby to potwier-

dzeniem niejako naszego przypuszczenia, że i produkty trawienia istot białkowatych nagromadzone w znacznéj ilości mogą przyczynić się do wywoływania bólów.

Kończąc nasze uwagi dodajemy, że, zdaniem naszém, ciągłe wydzielanie soku żołądkowego (*hypersecretio*), względnie nadmierność jego kwaśności od HCl pochodząca (*hyperaciditas*) odpowiada każdemu prawie zadrażnieniu błony śluzowéj żołądka i jest zboczeniem częstém, znacznie częstszém aniżeli zmniejszenie lub brak kwasu solnego.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego.“

Kraków, 1886 — Drukarnia Uniwersytecka pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.